

特約醫事服務機構辦理成人預防保健「健康加值」方案 委託檢驗業務調查表

特約醫事服務機構名稱：

特約醫事服務機構代號：

負責醫師姓名：

負責本業務醫師姓名：

家醫科 內科 其他科別（已接受相關訓練通過）

請填列所委託之特約醫院、診所或醫事檢驗機構基本資料及印鑑章

代檢特約醫 事服務機構 名稱	代檢特約醫 事服務機構 代號	代檢特約醫事服 務機構合約印鑑 章	代檢特約醫事服務 機構負責人合約 印鑑章	委託代檢 合約起訖日

醫事服務機構印鑑	負責醫事人員印鑑